Посттравматическое стрессовое расстройство

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2023 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: F43.1 · Общественная организация "Российское общество психиатров"

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) возникает после чрезвычайного угрожающего или катастрофического события и проявляется повторным переживанием травмы, избеганием напоминаний о ней и состоянием сохраняющейся угрозы. Рекомендация посвящена подтверждению диагноза, исключению соматических и психических состояний с похожими симптомами, а также сочетанию психотерапии и фармакотерапии.

Главное

- ПТСР кодируется по МКБ-10 как F43.1.
- Травматическое событие должно иметь угрожающий или катастрофический характер и быть способным вызвать общий дистресс почти у любого человека; к таким событиям относятся насилие, военные действия, катастрофы, плен, угроза жизни и известие о насильственной смерти близкого.
- По МКБ-10 основные симптомы обычно появляются в течение 6 месяцев после травмы; по МКБ-11 ПТСР требует сохранения симптомов не менее нескольких недель и значимого ухудшения функционирования.
- ПТСР часто сочетается с депрессивными и тревожными расстройствами, паническим расстройством, диссоциативными расстройствами, расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, органическими заболеваниями головного мозга и соматической патологией.
- После травмы профилактическую терапию проводят не всем подряд, а лицам с ассоциированными с травмой или стрессом симптомами.
- Основная лечебная стратегия — сочетать психофармакотерапию и психотерапию, но в зависимости от состояния пациента, его предпочтений и доступности помощи каждый метод может применяться отдельно.
- У пациентов с ПТСР необходимо оценивать суицидальный риск, употребление алкоголя и ПАВ, социальную поддержку, коморбидные психические и соматические заболевания.

Диагностика

1. Уточнить факт психотравмирующего события, его угрожающий или катастрофический характер и связь текущих симптомов с травмой.
2. Выявить основные кластеры: повторное переживание травмы, избегание напоминаний о ней и состояние сохраняющейся угрозы — гипернастороженность или усиленные реакции испуга; также оценить нарушения сна, раздражительность и трудности концентрации.
3. Уточнить время появления симптомов: по МКБ-10 критерии должны возникнуть в течение 6 месяцев после стрессора или к концу периода стресса; при отсроченной манифестации выяснить возможный триггер.
4. Провести клиническое интервью с оценкой интрузий, флэшбеков, кошмаров, эмоциональной и сенсорной насыщенности воспоминаний; для дифференциальной диагностики можно использовать СКИД, модуль I «ПТСР».
5. Оценить суицидальный риск, коморбидные психические расстройства, алкогольный и наркотический анамнез, соматическую патологию, актуальные стрессоры и социальную поддержку.
6. Провести физикальное и неврологическое обследование, включая осмотр кожи, оценку следов самоповреждения и инъекций, измерение пульса и артериального давления лежа после 5 минут отдыха и стоя через 3 минуты.
7. Для исключения соматических причин и оценки безопасности терапии выполнить общий анализ крови, биохимический анализ крови и общий анализ мочи; у первичных пациентов либо при показаниях исследовать Т3, свободный Т3, Т4, свободный Т4 и ТТГ.

Лечение

- При подтвержденном ПТСР первой линией служат СИОЗС: пароксетин 20–50 мг/сут, сертралин 25–200 мг/сут, флуоксетин 20–40 мг/сут, либо венлафаксин 75–225 мг/сут. Лечение начинают с минимальной дозы и титруют; обычная длительность — 6–12 месяцев после стабилизации состояния. УУР А, УДД 1.

- Эффект первого курса оценивают через 4–6 недель. При достаточном ответе препарат продолжают, при недостаточном — проверяют приверженность, повышают дозу до максимально терапевтической или заменяют препарат на другой СИОЗС либо венлафаксин.
- При выраженной тревоге, возбуждении и вегетативных симптомах допустим короткий курс производного бензодиазепина; необходимо заранее оценить наркологический анамнез и избегать этой группы при высоком риске зависимости. Длительное применение ограничивают из-за зависимости, синдрома отмены, седации и ухудшения когнитивных функций.
- При тревожных расстройствах как альтернативы бензодиазепинам могут использоваться гидроксизин 25–100 мг/сут или буспирон 20–30 мг/сут; для буспирона эффект развивается постепенно, обычно между 7–14-м днем и достигает максимума примерно через 4 недели.
- Препаратами второй линии являются амитриптилин 75–150 мг/сут, имипрамин 75–250 мг/сут и миртазапин 30–60 мг/сут. Амитриптилин и имипрамин нежелательны при высоком суицидальном риске без постоянного наблюдения.
- При отсутствии ответа на предыдущие курсы возможны ламотриджин 25–500 мг/сут или топирамат 200–400 мг/сут; ламотриджин титруют еженедельно, учитывая риск кожных высыпаний. Антипсихотики назначают при психотических, диссоциативных и дезорганизованных проявлениях, выраженной агрессии или нарушениях сна; например, рисперидон 0,5–8 мг/сут или кветиапин 50–300 мг/сут.
- Психотерапию можно проводить отдельно или вместе с фармакотерапией. Наиболее доказаны травмофокусированная КПТ, когнитивно-процессуальная терапия, КПТ с пролонгированной экспозицией, нарративная экспозиционная терапия и ДПДГ; когнитивная психотерапия обычно включает 15–20 еженедельных сессий, КПТ с пролонгированной экспозицией — 15–20, нарративная экспозиция — 4–10, ДПДГ — 6–12 сессий.

Когда направить и как наблюдать

- Направить к психиатру или психотерапевту для углубленной диагностики и специализированного лечения; пациенты в психотическом состоянии, с грубыми поведенческими или интеллектуально-мнестическими нарушениями направляются к психиатру.
- Госпитализация показана при суицидальном риске, риске формирования злоупотребления ПАВ, необходимости изоляции от стрессового фактора, выраженных психопатологических нарушениях или коморбидных расстройствах, требующих подбора лечения в стационаре, плохой переносимости терапии либо отсутствии социальной поддержки.
- Выписка возможна после устранения суицидального риска, подбора эффективной и переносимой фармакотерапии, снижения психопатологической симптоматики и стабилизации психического и соматического состояния при отсутствии высокого риска ухудшения вне медицинской организации.
- У военнослужащих с кратковременными предболезненными реакциями помощь оказывают максимально близко к подразделению; при сохранении выраженных симптомов через 1–2 суток, нарушении боеспособности, признаках контузии или психозе требуется перевод на следующий этап, а при затяжных и тяжелых расстройствах — эвакуация в психиатрический стационар.

Частые вопросы

Какие признаки обязательны для диагностики ПТСР?

Нужны травматическое событие угрожающего или катастрофического характера, повторное переживание травмы и избегание связанных с ней стимулов, а также либо психогенная амнезия, либо не менее двух стойких симптомов повышенной психологической чувствительности или возбудимости. По МКБ-10 критерии должны возникнуть в течение 6 месяцев после стрессора.

Есть ли анализ или МРТ, подтверждающие ПТСР?

Специфических инструментальных методов подтверждения ПТСР нет. ЭКГ, ЭЭГ и МРТ применяют для оценки соматического состояния и исключения сердечно-сосудистых, пароксизмальных и органических неврологических состояний с похожими симптомами.

Какие препараты являются первой линией и как долго их принимать?

Используют СИОЗС — пароксетин, сертралин или флуоксетин — либо венлафаксин в указанных терапевтических дозах. Эффект оценивают через 4–6 недель, а после стабилизации лечение продолжают обычно 6–12 месяцев.

Какая психотерапия имеет наибольшую доказательную базу?

Основные варианты — травмофокусированная КПТ, когнитивно-процессуальная терапия, КПТ с пролонгированной экспозицией, нарративная экспозиционная терапия и ДПДГ. Выбор зависит от клинических и индивидуально-психологических особенностей, мотивации пациента и доступности метода.

Когда пациента с ПТСР нужно госпитализировать?

Главные основания — суицидальный риск, выраженные психопатологические или коморбидные состояния, требующие стационарного подбора терапии, плохая переносимость лекарств, необходимость изоляции от стрессора, риск злоупотребления ПАВ или отсутствие социальной поддержки.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/753-posttravmaticheskoe-stressovoe-rasstrojstvo. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/753_1